

### DÉFINITION

---

La nutrition entérale (NE) est une des deux techniques de nutrition artificielle, à utiliser lorsque les apports par voie orale sont impossibles ou insuffisants pour couvrir les besoins nutritionnels du patient. Elle est à privilégier à chaque fois que le tube digestif est fonctionnel. Elle permet d'apporter des nutriments dans le tube digestif au moyen d'une sonde naso-digestive, d'une gastrostomie ou d'une jéjunostomie. Plus physiologique que la nutrition parentérale, elle préserve davantage la trophicité intestinale, régule le débit sanguin et prévient les troubles de la perméabilité intestinale et le risque de translocation bactérienne.

### INDICATIONS / CONTRE INDICATIONS DE LA NE

---

Dès lors, la nutrition entérale s'inscrit dans un projet thérapeutique réalisable, raisonnable et cohérent avec le projet de vie de la personne soignée. Les objectifs doivent être fixés en concertation pluri professionnelle. Dans le cas de pathologies évolutives, il convient de déterminer au préalable les limites de ce soin.

#### La nutrition entérale est indiquée dans les situations suivantes :

- dénutrition ou risque de dénutrition, lorsque les apports énergétiques oraux totaux sont inférieurs aux 2/3 des besoins, s'il y a échec des conseils diététiques et de la CNO,
- apports per os impossibles en raison de l'état clinique et/ou psychologique de la personne, de troubles de déglutition sévère,
- prise en charge péri-opératoire selon les recommandations de la SFAR / SFNEP 2010 (1),
- complémentation d'une nutrition parentérale dans le cas de malabsorption digestive.

#### La nutrition entérale sera contre indiquée en cas de :

- refus de la personne préalablement informée de ce soin,
- tube digestif non fonctionnel.

### EPIDÉMIOLOGIE

---

Les données bibliographiques sont très pauvres. Une étude préliminaire a été publiée, sous l'égide de la SFNEP sur une population de près de 11 millions d'habitants répertoriés dans 5 régions en 2011.

Un travail sur une population plus large comprenant également une standardisation des résultats en fonction de l'âge et du sexe a été publiée lors du congrès SFNCM 2021.

(<https://www.sfnm.org>)

### LES AUTEURS (2016)

---

- Olivier COMMERE (CH de Versailles),
- Françoise DAYOT (ICO René Gauducheau Nantes),
- Cécile DUVAL (CH de Charleville Mézières),
- Sylvie HUMBERT (APHP),
- Chantal KERE (Société prestataire),
- Fabienne POIROUX (Lycée Rabelais),
- Bénédicte SEIGNEZ DARTOIS (CHRU de Lille),
- Gaëlle SORIANO (CHU de Toulouse)

**Relecture et MAJ (2022) :** CPSAT, Bénédicte SEIGNEZ DARTOIS (Lille) et Arnaud SABATIER(Toulouse), prestataires NE NED.

### POUR EN SAVOIR PLUS

---

#### Références valides

- 1-Prise en soin diététique d'une personne adulte dénutrie, AFDN, novembre 2020
- 2-La démarche de soins en établissements de santé - consensus professionnel, AFDN, juin 2011
- 3-Comprendre la nutrition entérale - Standards, Options et Recommandations Savoirs Patients, FNCLCC 2007
- 4-Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS 2007
- 5-La consultation diététique - recommandations, HAS - AFDN, janvier 2006
- 6-Guide de bonnes pratiques de nutrition artificielle à domicile, SFNEP 2005
- 7-Nutrition artificielle - Standards, Options et Recommandations, FNCLCC 2005
- 8-Questions de nutrition clinique, comité éducationnel et de pratique clinique, SFNEP

### BIBLIOGRAPHIE

---

- 1-C. Chambrier, F.Sztark. Recommandations de bonnes pratiques sur la nutrition péri-opératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur « La Nutrition Artificielle péri-opératoire en chirurgie programmée de l'adulte » Nutrition Clinique et Métabolisme 2010 ;24 :145-56
- 2-Pose de la sonde nasogastrique chez l'adulte, Comité éducationnel et de pratique clinique de la SFNEP - [http://www.sfnep.org/images/stories/pdf\\_NCM/NCM\\_posesonde\\_20\\_04.pdf](http://www.sfnep.org/images/stories/pdf_NCM/NCM_posesonde_20_04.pdf)
- 3-Préparation et suites d'une gastrostomie percutanée radiologique, [http://www.sfnep.org/images/stories/pdf\\_NCM/NCM\\_GPR\\_23\\_04.pdf](http://www.sfnep.org/images/stories/pdf_NCM/NCM_GPR_23_04.pdf)
- 4-Recommandations HAS 2020 : Chirurgie digestive colorectale carcinologique en péri-opératoire et tous les patients en post-opératoire d'une chirurgie carcinologique.
- 5-Fiche d'informations destinées au patient bénéficiant d'une prescription de NED, SFNCM 2014
- 6-Outil de calcul des besoins, CH de Charleville Mézières, <http://www.sfnep.org/images/stories/pdf>
- 7-Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition péri opératoire, SFAR - SFNEP 2010 7 bis. Reco REA AFAR 2014
- 8-Biblio Chap. 50 Traité de nutrition artificielle
- 9-Soins et surveillance des abords digestifs de la nutrition entérale chez l'adulte hospitalisé et à domicile, ANAES 2000
- 10-Comité éducationnel et de la pratique clinique de la SFNEP. Questions de Nutrition Clinique de l'adulte. QNC 6 : Le syndrome de renutrition inapproprié. Edition 2012
- 11-Suivi du résidu gastrique lors de l'introduction de la nutrition entérale à débit continu chez l'adulte, Comité éducationnel et de pratique clinique de la SFNEP - [http://www.sfnep.org/images/stories/pdf\\_NCM/NCM\\_residu\\_20\\_04.pdf](http://www.sfnep.org/images/stories/pdf_NCM/NCM_residu_20_04.pdf)
- 12-Arrêté du 9 novembre 2009 relatif à l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale paru au JO du 17 novembre 2009

### LES GRANDS PRINCIPES

#### 1-Voie d'abord entérale

- **La sonde naso-gastrique (SNG)** ou **naso-jéjunale (SNJ)** est recommandée pour une nutrition entérale d'une durée inférieure à 1 mois. Il est préférable d'utiliser une sonde en silicone ou en polyuréthane, de petit calibre (charrière de 8 à 12 French size) pour une meilleure tolérance (La sonde en PVC est à proscrire, elle est réservée à l'aspiration gastrique).

**La pose d'une SNG** est un acte infirmier effectué sur prescription médicale. Le contrôle par radiographie du bon positionnement de la SNG (dans la région fundique) est fortement recommandé avant de commencer la nutrition (2).

La pose d'une SNJ est un acte médical. Elle se fait soit par voie endoscopique soit en mettant une sonde avec extrémité distale en « queue de cochon ».

- **La sonde de gastrostomie (3)** (ou le bouton de gastrostomie) est à envisager lorsque la nutrition entérale est d'une durée supérieure à trois semaines ou lors d'impossibilité de pose d'une SNG (obstacle ORL, ...). Elle peut être posée par voie endoscopique (GPE), radiologique (GPR), ou chirurgicale, sous anesthésie locale ou générale.

- **La sonde de jéjunostomie** est indiquée en cas de haut risque d'inhalation, de chirurgie digestive haute et lorsque le tube digestif en amont du jéjunum n'est pas fonctionnel (cancer de l'estomac...).

#### 2-Choix du mélange nutritif

Le choix du mélange nutritif dépend de l'état nutritionnel et / ou des capacités digestives du patient. Il existe plusieurs types de mélanges nutritifs prêts à l'emploi conditionnés en poches de 500, 1000 ml. Ces mélanges avec ou sans fibres, sont exempts de lactose et de gluten et contiennent tous des vitamines et minéraux\*(cf tableau les différents mélanges nutritifs).

Il existe également des mélanges spécifiques pour :

- l'immuno-nutrition (mélange supplémenté en nutriments spécifiques : arginine, acides gras omega 3 et nucléotides issus de l'ARN (4),
- les fuites chyleuses (mélange riche en TCM),
- la maladie de Crohn (produit riche en caséine et en TCM),
- les cas de diarrhées persistantes (contient de la gomme de guar partiellement hydrolysée),
- les troubles du métabolisme glucidique (composition glucidique adaptée),
- les escarres (enrichi en arginine, vit C et zinc),
- l'insuffisance rénale (mélange polymérique normoprotidique et hyperénergétique à 1.8 kcal/ml (7,5 kJ /ml) et teneur réduite en eau et électrolytes).

\* Les besoins en vitamines et minéraux sont normalement couverts à partir de 1500 kcal/ jour (6270 kJ/jour) de nutrition, la supplémentation est envisagée au regard des résultats biologiques

### LES DIFFÉRENTS MÉLANGES NUTRITIFS

Type de mélanges nutritifs	Composition	Osmolarité	Apport Énergétique	Apport protéique
Mélanges polymériques (Macro-nutriments)	Protéines de lait ou de soja ou de pois Maltodextrines / Amidon TCL principalement, TCM (15 à 40 %) Oméga 3 oméga 6 Avec ou sans fibres	HypoE = 140 à 200 mosmol/l NormoE = 190 à 265 mosmol/l HyperE = 280 à 395 mosmol/l	HypoE = 0,5 à 0,9 kcal/ml (2,1 à 3,8 kJ) NormoE = 1 kcal/ml HyperE = 1,2 à 2 kcal/ml (5 à 6,7 kJ)	Normoprotéique = 15 % AET Hyperprotéique = 20 % AET
Mélanges semi-élémentaires (Macro-nutriments partiellement hydrolysés) Indications limitées : syndrome de malabsorption, intolérance aux mélanges polymériques	Oligopeptides Oligosaccharides TCM : 50 à 70 %	220 à 600	NormoE = 1 kcal/mL HyperE = 1,2 à 1,5 kcal/ml (5 à 6,3 kJ)	Normoprotéique = 15 % AET Hyperprotéique = 20 à 25%

### 3-Modalités d'administration

Les modalités d'administration doivent faire l'objet d'une prescription médicale détaillée précisant :

- le type de mélange nutritif,
- le volume,
- le débit,
- les horaires de passage,
- le mode d'administration (régulateur de débit ou gravité),
- l'hydratation (à la seringue ou avec poche à eau).

Le choix des modalités d'administration (horaires, nombres de prises) sera fonction du mode de vie de la personne soignée, du projet de soin et de son organisation, du maintien ou non de l'alimentation orale et de sa tolérance.

**Le régulateur de débit (ou pompe) de nutrition entérale** est indispensable lors :

- d'une nutrition nocturne,
- d'une nutrition sur jéjunostomie,
- en cas de diabète, de maladie de Parkinson ou d'autres pathologies ou traitement pouvant ralentir la vidange gastrique.

Ce mode d'administration permet l'instillation de mélanges nutritifs avec des débits réguliers et adaptés pour prévenir les troubles digestifs (reflux, diarrhées, nausées, vomissements).

A noter : la pompe peut être portable, dans un sac à dos spécifique, favorisant une plus grande autonomie du patient.

**Le mode d'instillation par gravité** ne sera envisagé qu'en cas de bonne tolérance digestive chez des personnes stables. Le réglage du débit se fera en comptant le nombre de gouttes (ex : 25 gouttes sur 15 secondes équivaut à un débit de 200ml/h environ).

L'instillation pourra être :

- continue ou cyclique / bolus (en 2 à 4 prises),
- diurne ou nocturne (dans ce cas, respecter un débit < ou = à 100 ml/h).

### **N.B: Bon usage des Dispositifs Médicaux (DM) et poches de nutrition**

- Stocker les poches à température ambiante (maximum 25°C), éviter les sources de chaleur.
- Vérifier l'intégrité des poches avant branchement (absence de floculation, DDM).
- Fréquence de changement des DM :

Tubulure d'alimentation	Tubulure et poche d'hydratation
Toutes les 24 heures	Minimum 2 à 3 fois par semaine ou selon protocole intra hospitalier

### 4-Mise en œuvre de la nutrition entérale

**Le patient et son entourage doivent être informés** de la technique utilisée, de son objectif, et des complications éventuelles.

Une fiche d'informations destinée au patient bénéficiant d'une prescription de NED a été créée par le comité éducatif et de pratique clinique de la SFNEP-SFNCM (5).

**L'initiation de la nutrition** doit être prudente, en commençant avec un faible débit et un petit volume, notamment en cas de dénutrition importante (prévention du syndrome de renutrition inappropriée (SRI)) ou de risque d'inhalation.

Il est conseillé de débiter avec un mélange nutritif iso énergétique ou hyperénergétique, avec ou sans fibres en augmentant progressivement débit et volume selon la tolérance digestive du patient jusqu'à l'objectif protéino-énergétique souhaité. Cette réalimentation se fait généralement sur 3-4 jours, mais peut durer 7-10 jours chez les patients à risque de SRI ou d'inhalation.

**Le passage de la nutrition entérale**, qu'elle soit diurne ou nocturne, doit être effectué en position semi assise. Cette position doit être conservée durant l'heure qui suit l'administration de la nutrition.

### 5-Passage des médicaments

Les médicaments seront administrés par la sonde et non injectés dans le mélange nutritif. Il convient de vérifier que la galénique du médicament soit compatible avec le passage par la sonde et de se référer aux recommandations (9) ou procédures locales existantes ou avis pharmaceutique. Un rinçage doit être réalisé avant, entre et après le passage de chaque médicament.

### ÉVALUATION DES BESOINS

Pour l'évaluation des besoins, il est possible de se reporter à la formule de Harris et Bénédicte, associée à des facteurs de correction liés à l'activité physique et à des facteurs d'agression (se référer à la fiche DSD Besoins et apports nutritionnels, formules et données usuelles). Un outil de calcul des besoins a été conçu au centre hospitalier de Charleville Mézières (6).

#### Quel poids de référence utiliser ?

Prendre le poids ajusté du patient, même si le patient a un IMC faible. Pour les patients obèses, il est recommandé d'utiliser le poids normalisé avec un calcul de poids pour un IMC théorique de 25 à 30 (7).

**Besoins énergétiques :** entre 25 à 40 kcal/kg (104,5 à 167 kJ/kg de poids actuel ou ajusté /jour).

**Besoins protidiques :** l'apport optimal en protéines est de 0,8 à 1,5g/kg de poids actuel ou ajusté/jour, soit 130 à 250mg d'azote. (8)

**Besoins hydriques :** 30 à 40ml/kg/jour au total (dans 500ml de mélange nutritif, on compte environ 400ml d'eau) à adapter au ionogramme, à la température corporelle et ambiante... Le rinçage de la sonde avant et après passage de la nutrition et des médicaments participe à la couverture des besoins hydriques. Si besoin, le complément peut être effectué per os, en bolus à la seringue ou par la mise en place d'une poche d'eau.

### GLOSSAIRE

- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- DM : Dispositif médical
- DDM : Date de durabilité minimale
- GPE : Gastrostomie percutanée endoscopique
- GPR : Gastrostomie percutanée radiologique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- NE : Nutrition entérale
- NED : Nutrition entérale à domicile
- SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
- SFNEP- SFNCM : Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme
- SNG : Sonde naso-gastrique
- SRI : Syndrome de renutrition inappropriée

### 6-Prévention et gestion des complications (cf p.7)

#### La pose de la SNG (2)

Le patient doit être informé du déroulement du geste (s'assurer de sa compliance). Pour faciliter la pose, la sonde doit être placée au réfrigérateur pour la rigidifier (éviter son enroulement). Elle sera posée 4 heures minimum après le dernier repas (afin d'éviter les vomissements). Il est recommandé de réaliser une radiographie de contrôle pour vérifier la bonne position de la sonde.

**Le syndrome de renutrition inappropriée (SRI) (10)** Le SRI regroupe l'ensemble des signes cliniques et des perturbations métaboliques qui surviennent au début et au cours de renutrition chez les patients préalablement dénutris chroniques ou ayant subi un jeûne prolongé. Il résulte de déplétions en électrolytes (phosphore, potassium, magnésium), de rétention hydrosodée et de troubles de la glycorégulation.

#### Est à risque de SRI, le patient présentant

##### 1 critère parmi :

- IMC < 16,
- Perte de poids involontaire > 10% dans les 3 derniers mois, ou 15% en 6 mois
- Peu ou pas d'apports pendant plus de 10 jours,
- Taux sanguin bas en potassium, phosphore ou magnésium avant la renutrition.

##### Ou 2 critères parmi :

- IMC < 18,5,
- Perte de poids > 10% dans les 3 à 6 derniers mois,
- Peu ou pas d'alimentation pendant plus de 5 jours,
- Antécédent d'abus d'alcool ou d'usage de médicaments (insuline, chimiothérapie, antiacide, diurétique).

Le traitement médical consistera en une supplémentation en potassium, magnésium, phosphore, vitamine B1 selon le bilan biologique. L'apport nutritionnel ne doit commencer que lorsque la phosphorémie est normale.

La renutrition entérale sera conduite de manière très progressive et prudente en tenant compte des apports oraux et parentéraux s'ils existent :

- Apports énergétiques faibles 10 à 15 kcal/kg/j (42 à 63 kJ/kg/j) sans dépasser 500 kcal (2090 kJ/kg/j) les 3 premiers jours puis augmentation progressive les jours suivants jusqu'à 30 kcal/kg/j (125 kJ/kg).
- Apport glucidique maximum : 1,5 g/kg/j puis 4g/kg/j.
- Limiter les apports en sodium et hydrique en début de renutrition.

La surveillance clinique et biologique est impérative à chaque palier d'augmentation du support nutritionnel.

### 7-Surveillance de la NE

Le diététicien doit s'assurer :

- de la tolérance digestive de la NE,
- de l'amélioration ou du maintien de l'état nutritionnel,
- du retentissement de la NE sur la qualité de vie du patient.

La surveillance de la voie d'abord prendra en compte les recommandations HAS : « Soins et surveillance des abords digestifs pour la nutrition entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile » (9).

### 8-Actions d'éducation en nutrition entérale

A l'hôpital, le diététicien participe à l'information du patient et / ou de son entourage concernant la nutrition entérale et initie, avec d'autres professionnels, des actions d'éducation thérapeutique selon les capacités et les souhaits du patient.

L'objectif étant de rendre le patient plus autonome, en facilitant son adhésion au traitement et en améliorant sa qualité de vie.

A domicile, le diététicien du prestataire de service poursuit des actions d'éducation thérapeutique auprès du patient et/ou de son entourage. Le diététicien du prestataire informe les IDE libéraux sur l'utilisation du matériel.

#### Ces actions d'éducation porteront sur :

- les techniques d'instillation de la NE,
- les règles d'hygiène,
- l'hydratation du patient,
- le rinçage de la sonde,
- le passage des médicaments,
- les conduites à tenir en cas de complications,
- les soins et surveillance de la sonde.

Ces actions et leurs évaluations seront tracées dans le dossier du patient hospitalisé et transmises au prestataire de service.

### 9-Traçabilité et préconisations diététiques

Cette traçabilité permet la continuité des soins et portera sur :

- la voie d'abord : type de sonde et charrière,
- l'apport énergétique journalier (par kcal (ou kJ) /kg de poids actuel/ jour),
- l'apport protéique journalier (par g de protéines/kg de poids actuel/jour),
- les modalités d'administration de la nutrition : régulateur ou gravité, débit et horaires,
- les apports hydriques,
- les apports oraux et/ou parentéraux associés,
- les éléments de surveillance (tolérance digestive, évolution du poids et/ou des paramètres biologiques, position du patient, compliance du patient...),
- les actions d'éducation réalisées,
- les modalités d'organisation de la sortie (domicile, institution...) des transmissions seront assurées à l'ensemble des partenaires de santé.

### 10-Missions spécifiques du prestataire de service dans le cadre de la nutrition entérale à domicile

Dans le cadre du retour à domicile, les prestataires proposés au patient assurent (12) :

- la gestion administrative du dossier du patient et la continuité du service (vacances ou déplacements du patient),
- les suivis nutritionnels par un diététicien à 14 jours et tous les 3 mois la 1ère année puis tous les 6 mois, avec transmission d'un compte rendu au médecin prescripteur et partenaires de santé (médecin traitant, diététicien hospitalier...),
- la maintenance du matériel,
- la livraison du matériel et des mélanges nutritifs.

### ANNEXES

COMPLICATION	EN PRÉVENTION	CONDUITE À TENIR
Pneumopathie d'inhalation	Position proclive (à 30°, semi assise) du patient lors de l'instillation de la nutrition et au moins 1 heure après. Utiliser un régulateur de débit. Veiller au contrôle du débit.	Favoriser la nutrition diurne. Ralentir le débit. Sur prescription médicale, administrer des prokinétiques.
Vomissement Reflux gastrooesophagien *	Veiller à une position semi assise. Augmenter progressivement le débit. Utiliser un régulateur de débit..	Stopper la nutrition et placer la sonde en position déclive. Vérifier la position de la sonde. Sur prescription médicale, administrer des prokinétiques et reprendre la nutrition à un débit plus faible.
Diarrhée**	Toute augmentation de débit de la nutrition entérale doit être progressive. Nutriments et eau doivent être à température ambiante. Risque de déficit en vitamines, minéraux, oligo-éléments si apports énergétiques < 1500 kcal.	Informers le médecin. (Pour mémo, étiologie de la diarrhée : - certains médicaments notamment antibiotiques, chimiothérapie, ... - clostridium dans les selles en cas diarrhée persistance - surtout si antibiothérapie longue) Préconisations diététiques : - diminuer le débit, - vérifier l'absence de déshydratation, - mettre en place un mélange nutritif avec des fibres ou gomme de guar*** - apporter des probiotiques - augmenter les apports sodés par la voie entérale, - changer le produit pour un mélange semi élémentaire.
Constipation Administres un mélange nutritif avec des fibres.	Assurer une hydratation suffisante. Favoriser une activité physique si la situation clinique le permet. Veiller à des apports nutritifs en fibres suffisants.	Augmenter les apports hydriques. Prévenir le médecin pour mise en place si nécessaire d'un traitement laxatif.
Arrachement Déplacement de la sonde (accidentel ou volontaire)	Fixer la sonde. SNG : mettre des repères (au marqueur indélébile sur la sonde) qui permettront de vérifier la bonne position de la sonde avant chaque branchement de la nutrition entérale. Vérifier la position de la sonde en cas d'agitation ou vomissements.	SNG : reposer la sonde 6 heures après le passage de la dernière nutrition. Stomie : insérer au plus vite une sonde ou un bouton de remplacement pour éviter que l'orifice ne se referme et contacter, au besoin, le service qui a posé la sonde.
Obstruction de la sonde	Rincer avant et après utilisation de la sonde (nutrition et médicament). Pour les médicaments, préférer les formes galéniques adaptées (poudre à diluer, sirop, comprimés effervescents) selon avis pharmaceutique.	Ne pas employer de guide métallique pour désobstruer la sonde. Rincer la sonde avec de l'eau tiède, du soda au cola ou du sirop de papaine. En cas d'échec, changer la sonde.
Douleur, ulcération, infection de la voie d'abord	Réaliser des soins locaux : nez, abdomen. Renouveler, modifier la fixation de la sonde.	Changer la SNG de narine. Vérifier la position de la GPE contre la paroi gastrique. Mobiliser (tourner) la sonde de gastrostomie ou le bouton de gastrostomie régulièrement. Si besoin demander un avis médical.

\* Le reflux gastro-oesophagien peut être majoré par une augmentation du volume intra-gastrique lorsque le débit d'infusion devient supérieur au débit d'évacuation (le débit de la vidange gastrique est fonction de la concentration en énergie des produits et non fonction des volumes instillés, le débit du pylore est d'environ 3 à 4 kcal/minute). Un mélange d'osmolarité élevée entraîne également un ralentissement de la vidange gastrique. Les fibres n'ont pas d'effet sur la vitesse de vidange gastrique.

\*\* Dans les cas de jéjunostomie, l'origine de la diarrhée peut être due à un débit d'instillation trop rapide (>2,5 kcal/min) générant une sidération motrice de l'intestin grêle.

\*\*\* Seule la gomme de guar partiellement hydrolysée a un effet prouvé pour ralentir le transit digestif, elle est donc conseillée dans les cas de diarrhée.



### La prise en soin d'une personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson

## MOTIF DE LA PRISE EN SOIN

Prescription du neurologue du service pour initialisation d'une nutrition entérale partielle chez un patient atteint d'une maladie de Parkinson diagnostiquée il y a 8 ans.

## BILAN DIÉTÉTIQUE

### Recueil d'informations

Monsieur G. âgé de 85 ans.

Environnement social : vit seul à son domicile, deux filles à proximité et très présentes au quotidien, bénéficie d'un portage de ses repas à domicile.

Activité physique modérée, se déplace seul.

Hospitalisé pour bilan de sa pathologie et plus particulièrement pour ses difficultés lors des prises alimentaires.

### ATCD médicaux

AVC il y a 27 ans, sans séquelle.

Maladie de Parkinson diagnostiquée il y a 8 ans.

### Bilan biologique

Albumine à 33g/l.

### Histoire du poids

Déficit pondéral de 6% (poids il y a 6 mois = 61kg).

Poids actuel = 57 kg, Taille = 1.59 m soit un IMC 24.5 kg/m<sup>2</sup>.

### Bilan d'orthophonie

Troubles de la déglutition de nature dégénérative.

Fausses routes aux liquides.

Accord du patient pour la mise en place de la nutrition entérale, mais exprime des doutes par rapport à la nécessité de la nutrition entérale, des réticences, une inquiétude concernant le maintien de son autonomie.

Patient non informé sur les aspects pratiques de la NED.

### Estimation des besoins nutritionnels

**Selon les recommandations de la HAS dénutrition de la personne âgée**

**Apports énergétiques** : 35 kcal/kg de poids actuel / jour soit 2000 kcal/jour (8.4 MJ/j).

**Protéines** : 1.5g/kg de poids actuel/ jour soit 85 g/j soit 17% AET.

**Besoin hydrique** : 40 ml/kg de poids actuel/j soit 2300 ml/j.

### Evaluation des consommations et des habitudes alimentaires

Evaluation de la ration spontanée :

**Ingesta actuels per os** (rappel des 24H) :

1,5 litre d'eau /jour,

2000 kcal et 76g de protides, répartis en 3 repas + 1 collation dans l'après-midi.

Alimentation avec viande hachée et légumes facilement écrasables.

Évaluation des apports non fiable car :

- quantités déclarées surestimées par le patient, situation de déni,
- rejet d'une grande partie des aliments (en particulier la viande) constaté par ses filles,
- échec de la CNO par lassitude et dégoût,
- durée du repas >1h.



### La prise en soin d'une personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson

#### DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports protéino-énergétiques sous estimés par le patient et inférieurs aux besoins par rapport aux recommandations HAS de la personne âgée dénutrie en lien avec des troubles de mastication et de la déglutition se traduisant par une hypoalbuminémie, un déficit pondéral de 6% en 6 mois, des fausses routes aux liquides et un allongement du temps de repas nécessitant un soutien par nutrition entérale (NE).

#### PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

##### Objectifs de soin diététique

- Couvrir les besoins nutritionnels et restaurer un état nutritionnel satisfaisant.
- Limiter le risque de fausses routes et prévenir les complications éventuelles de la NE.
- Eduquer le patient pour favoriser son adhésion et évaluer son autonomie au soin nutritionnel.

##### Préconisations diététiques

AET : 1950 kcal/j.  
 90 à 100 g/j de protéines selon les reco HAS de la personne âgée dénutrie.  
 Apport en sel : 6 g / jour selon la prescription médicale.  
 Apport hydrique : 1,2 L / jour pendant l'hospitalisation et 1,5 L à domicile.  
 AET : 2000 kcal/j et 85 g/j de protéines.  
 Apport hydrique : 2,3 L / jour.

**1-** Alimentation orale à texture adaptée (mixée et liquide épaissie) associée aux précautions habituelles de prévention des troubles de déglutition dispensées par l'orthophoniste après un bilan de déglutition.

**2-** Nutrition entérale par sonde de gastrostomie selon le protocole le plus adapté à la situation du patient : tolérance, programmation des soins, qualité de vie.  
 Mélange hyper calorique et hyper protidique à adapter selon les ingesta spontanés.

##### Programme de soin diététique

- 1-** Mise en place d'une alimentation orale mixée avec des liquides épaissis.
- 2-** Initialisation de la nutrition entérale :
- Administration du mélange (préciser le nom, la quantité, les calories et les P) par régulateur de débit selon horaires de passage définis en fonction de l'organisation des soins et de l'autonomie du patient.
  - Débit initial n'excédant pas 100ml/h à augmenter progressivement selon la tolérance digestive.
  - Hydratation : le mélange nutritif apporte 800ml d'eau environ, il reste 1,5 l à répartir en eau de rinçage (avant et après chaque branchement) et hydratation par poche à eau.
  - Position du patient durant la nutrition entérale : au fauteuil ou au lit en proclive.

##### 3- Éducation nutritionnelle :

- Information du patient et de ses filles sur le soin nutritionnel, les modalités pratiques de la NE, les complications éventuelles et comment les prévenir.
- Coordination de la sortie au domicile avec un prestataire de service.

**4-** Proposition de codage du niveau de sévérité de la dénutrition (T2A) : Proposition de codage des actes de nutrition entérale. Codification du diagnostic Z 71.3 (conseils diététiques) selon le PMSI ou le CsARR.

##### Suivi et Evaluation

Evaluation de l'autonomie et des connaissances du patient avant la sortie.

Évaluation à domicile à 14 jours, à 1 mois puis tous les 3 mois la 1ère année puis tous les 6 mois :

- Suivi du poids.
- Suivi des apports oraux, et des rejets alimentaires au regard des troubles de la déglutition.
- Compliance du patient.
- Tolérance digestive de la nutrition entérale.
- Tolérance du patient à la sonde de gastrostomie

La prise en soin sera à ajuster en fonction des résultats de l'évaluation.

## SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

---

### Résumé du soin diététique

Patient pris en charge pour perte de poids involontaire et troubles de la déglutition à caractère dégénératif dans le cadre d'une Maladie de Parkinson. L'objectif a été de restaurer un statut nutritionnel correct et de corriger les troubles de la déglutition par :

- une alimentation orale à texture modifiée avec des liquides épaissis,
- une nutrition entérale adaptée aux besoins du patient selon les ingesta.

Education nutritionnelle réalisée auprès du patient et de ses filles et coordination avec un prestataire de service (nommer) pour le retour à domicile.

Organisation du suivi en consultation programmé dans 1 mois et coordonnées téléphoniques pour complément d'information si besoin.

### Documents réalisés

Transmissions du résumé de soin diététique au médecin pour la lettre de sortie.

Préconisation de NE à domicile pour prescription médicale.

Remise d'un livret/document d'information générale sur la nutrition entérale (par le service ou par le prestataire).

Documents personnalisés sur l'alimentation à texture adaptée à destination des aidants (auxiliaire, **famille**).

## NOTES

---

Projet thérapeutique en lien avec la pathologie Assistance nutritionnelle définitive par nutrition entérale (gastrostomie) en complément de la nutrition orale adaptée pour limiter le risque de troubles de déglutition tout en couvrant les besoins nutritionnels.

### La prise en soin d'une personne dénutrie atteinte d'un cancer bronchique

## MOTIF DE LA PRISE EN SOIN

Prescription du pneumologue du service pour initialisation d'une nutrition entérale (NE) en pré-opératoire en vue d'améliorer l'état nutritionnel.

## BILAN DIÉTÉTIQUE

### Recueil d'informations

Mme B, 57 ans, en couple, 1 fille, actuellement sans activité professionnelle. Elle est hospitalisée pour douleurs au flanc gauche avec épanchement pleural. Le diagnostic de cancer bronchique est posé, avec indication chirurgicale.

### Données anthropométriques et histoire du poids

Poids actuel = 80 kg, Taille = 1,65 m soit un IMC 29 kg/m<sup>2</sup>.  
Poids habituel = 90 kg, soit un déficit pondéral de 12% en deux mois.

### Bilan biologique

Albuminémie : 31 g/l,  
Transthyrélinémie : 136 mg/l.  
HbA1C : 7,8 %.

### Antécédents médicaux

Cancer du sein gauche en 2002 traité par curage ganglionnaire, chimiothérapie et radiothérapie.  
Syndrome plurimétabolique : DNID depuis 2009 traité par ADO, Dyslipidémie mixte, HTA traitée Hypothyroïdie traitée.  
Mme. B qui présente une anorexie majeure depuis 2 mois et un désintérêt pour les repas de l'hôpital, est à risque de Syndrome de Renutrition Inappropriée (SRI). Dissonance entre la perte de poids appréciée par la patiente et l'importance de maintenir la masse maigre pour prévenir la dénutrition.

### Estimation des besoins

La patiente est dénutrie et doit subir une chirurgie avec un risque modéré de morbidité soit un grade nutritionnel GN3.

**Besoins énergétiques** estimés à 30 kcal/kg/j\* de poids ajusté (=68 kg) soit 2040 kcal.

**Besoin protidique** estimé à 1,5g/kg/j\* de poids ajusté/jour soit 102 g de protides.

**Besoin hydrique** estimé à 40 ml/kg de poids ajusté/jour soit 2700 ml/j.

\* selon les recommandations Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer (SFNEP-SFNCM / Réseau Nacre, novembre 2012).

### Évaluation des consommations

Ingesta actuels pratiquement nuls <100 kcal/jour (Evaluation par un rappel des 24h).

### Représentations et compétences d'auto-soins

La patiente a compris l'intérêt de la mise en place d'une NE en pré-opératoire.

## DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports protéino-énergétiques inexistantes et non adaptés aux besoins en lien avec une perte d'appétit depuis 2 mois et une volonté manifeste de la patiente de perdre du poids se traduisant par un état de dénutrition avec un déficit pondéral (12% en 2 mois), une hypoalbuminémie et une anorexie aigue avec risque de SRI.

### La prise en soin d'une personne dénutrie atteinte d'un cancer bronchique

#### PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

##### Objectifs de soin diététique

- Ajuster les apports nutritionnels et hydriques par voie entérale.
- Restaurer un état nutritionnel satisfaisant en pré-opératoire par le biais d'une NE selon protocole adapté à la situation et aux possibilités de la patiente, pour limiter ou prévenir les complications (SRI).
- Eduquer pour favoriser l'adhésion et l'autonomie au soin nutritionnel.

##### Préconisations diététiques

###### Sur prescription médicale

- **Pose d'une sonde naso-gastrique** charrière 10 et installation d'un régulateur de débit (J1) avec le consentement éclairé de la patiente. La sonde sera changée à J21 et sa tolérance par la patiente sera évaluée au fur et à mesure.

###### Risque de syndrome de renutrition (J1 à J4)

- Pré requis : S'assurer de l'équilibre en minéraux et vitamines : phosphorémie, magnésium, vitamines B1, B6 et supplémenter si besoin.
- Initier la NE les 3 premiers jours, avec 500 kcal (2 MJ/j) de mélange polymérique, à débit continu sur 24 heures. A partir du 4ème jour, si le bilan sanguin est normalisé, augmenter progressivement jusqu'à atteindre la cible nutritionnelle :

Mélange pour NE	Volume	Apports nutritionnels/jour
Mélange polymérique HC/HP À 1,4 kcal/ mL et 20% de protéines	500 mL x3	2100 kcal (8,78 MJ) 102 g de protéines

- **Débit** : 2000 mL en 20h soit 100 mL/heure et augmenter ensuite le débit par pallier de 20 mL/h selon la tolérance digestive afin d'administrer 1L la nuit sur 10 heures (débit nocturne maximum 100 mL) et 500 mL à 1L la journée (débit diurne maximum 250 mL/h). Ceci a pour objectif d'améliorer le confort de la patiente et de favoriser l'alimentation per os.

- **Hydratation** : eau de rinçage 700 mL par la sonde (via une seringue ou le régulateur de débit) et 800 mL minimum d'eau de boisson répartie sur la journée. Si l'apport oral est insuffisant, administrer l'eau par la voie entérale.

- **Position** de la patiente pendant l'administration du mélange nutritif : au lit (tête de lit relevée de 30°), au fauteuil, debout ou en marchant.

##### Planifications des actions

###### Explication du soin nutritionnel

- NE : information sur les modalités d'administration de la NE et actions d'éducation.
- Alimentation orale : bénéfice de la réalimentation orale en vue de diminuer la NE. Coordination de la mise en place du soin auprès de l'équipe paramédicale.
- A titre d'exemple :
  - l'AS veillera à optimiser les plateaux repas, à stimuler les prises alimentaires, et à renseigner le relevé des ingesta,
  - le diététicien nutritionniste analysera le relevé des ingesta,
  - l'IDE assurera la prévention des complications de la NE.
- Contact avec le prestataire de service pour une sortie envisagée à J8.
- Concertation avec le médecin sur l'indication d'une gastrostomie au décours de la chirurgie thoracique.

###### Evaluation des objectifs et des actions

###### Au quotidien : ré-évaluer le risque de SRI

- Estimation des ingesta et des apports par voie entérale.
- Suivi biologique : ionogramme avec phosphorémie.
- Suivi pondéral.
- Suivi de la tolérance : ballonnements, diarrhées, douleurs abdominales (aussi souvent que nécessaire).

###### A la sortie : évaluer l'état nutritionnel global

- Estimation des ingesta et des apports par voie entérale.
- Suivi pondéral hebdomadaire.
- Suivi biologique : albuminémie mensuelle.
- Evaluation de la tolérance et de la qualité de vie de la patiente.
- Evaluation des connaissances relatives au soin nutritionnel réalisé.

## SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

---

### Résumé du soin diététique

Patiente dénutrie prise en charge pour initialiser une NE avant une chirurgie thoracique pour cancer bronchique afin de restaurer un état nutritionnel satisfaisant.

La NE (2100 kcal et 102g de protides) est bien tolérée par la patiente qui a acquis l'autonomie nécessaire pour gérer au quotidien sa nutrition entérale.

- Apports oraux évalués à 150 kcal/j en moyenne à la sortie.
- Poids et bilan biologique à contrôler régulièrement.
- Coordination avec le prestataire pour l'installation et le suivi de la nutrition entérale.
- Programmation d'une consultation de suivi diététique 1 semaine avant l'intervention le jour de la consultation d'anesthésie.

*Proposition de codage de la NE et de la dénutrition (T2A) : dénutrition sévère.*

*Proposition de cotation de l'acte infirmier (NE >35 kcal / kg / jour).*

### Documents remis

- Préconisation diététique pour prescription médicale du produit de nutrition entérale à domicile.
- Conseils écrits d'entretien de la sonde.
- Livret d'informations générales sur la NE.